

Se o paciente não puder assinar este termo de consentimento, por favor, indique a razão:

Nome e CRM do médico: _____

Assinatura: _____ Data: ____ / ____ / ____

Circunstâncias de Emergência / Risco de Vida: Consentimento Informado não Obtido

Devido ao estado clínico do paciente, ou à emergência/risco de vida, não foi possível fornecer ao paciente as informações necessárias para obtenção deste Consentimento Informado. Eu solicitei transfusão de hemocomponentes em quantidade suficiente para melhorar sua situação clínica.

Nome e CRM do médico: _____

Assinatura: _____ Data: ____ / ____ / ____

Apesar de seu médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhar-lhe, você deve participar do processo de decisão sobre o seu tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu médico.

REVOGAÇÃO

Revogo o consentimento prestado na data de: ____ / ____ / ____ e não desejo prosseguir o tratamento, que dou com esta por finalizado.

Local e data: _____

Médico

Paciente ou Representante ou Responsável